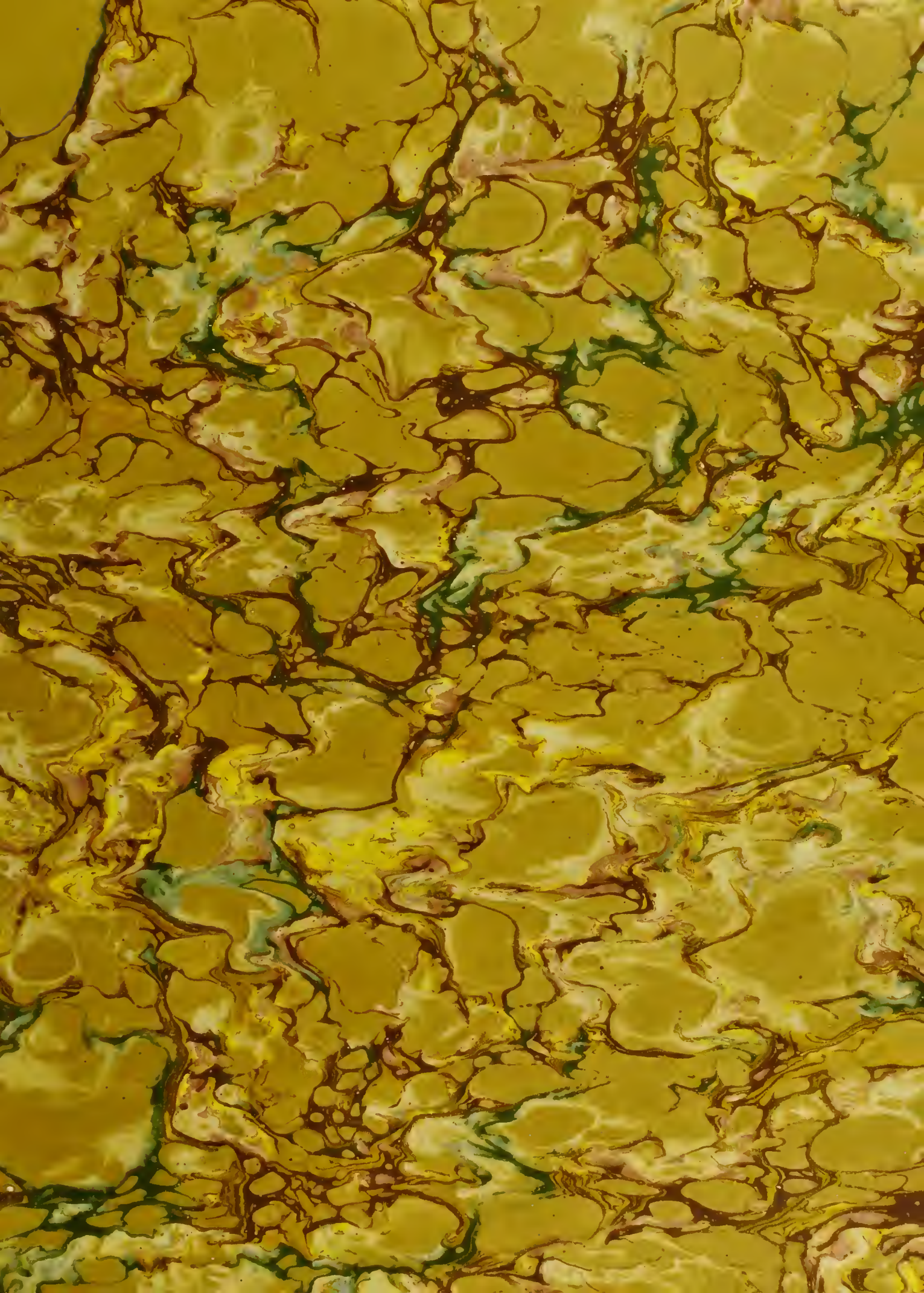


Suff. 69578/13

Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28746235

N° 178.

DE L'AMYGDALITE

OU

INFLAMMATION DES AMYGDALES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-B. JAISSON, de Mouzon,

Département des Ardennes;

Chirurgien sous-aide-major breveté à l'hôpital militaire d'Instruction du Val-de-Grâce.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

348689

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Président.*
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. CLOQUET.
Pathologie medicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX, *Suppléant.* FOUQUIER, *Examinateur.* ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Examinateur.*	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin, *Suppléant.*
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Puisse ce faible tribut de l'amour filial vous dédommager des sacrifices que vous avez faits pour mon éducation !

A MON ONCLE ET MA TANTE CLAUSSE.

Ma reconnaissance n'égalera jamais les bontés que vous avez eues pour moi.

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR BELLON,

Officier de la Légion-d'Honneur; Docteur en médecine; ancien Chirurgien-major aux armées; Médecin de l'hospice civil de Mouzon; ex-Maire de la même ville.

Vous fûtes mon premier maître et mon meilleur ami, pourquoi faut-il que j'aie à regretter votre perte ! ! !

J.-B. JAISSON.

DE

L'AMYGDALITE

OU

INFLAMMATION DES AMYGDALES.

Définition et synonymie.

L'AMYGDALITE, *amygdalitis*, est l'inflammation des amygdales. Les auteurs l'ont encore désignée sous les noms d'*angine tonsillaire*, d'*esquinancie*. BOERHAAVE et STOLL l'ont appelée *angina cum tumore;* SAUVAGES et CULLEN, *cynanche tonsillaris, pharyngea*. On l'observe presque toujours sous la forme aiguë; rarement elle est chronique, si ce n'est consécutivement à l'état aigu. On ne connaît jusqu'ici aucun exemple sous forme intermittente.

Anatomie et physiologie des amygdales.

Les amygdales (αμιγδαλαι, *amandes*), tonsilles, sont deux corps glanduleux, ou plutôt un amas de follicules muqueux, ovoïdes, aplatis de dedans en dehors, rugueux, ce qui les a fait comparer à

des amandes revêtues de leur coque ligneuse; situés de chaque côté de l'isthme du gosier, dans l'écartement triangulaire que présentent entr'eux les piliers du voile du palais; leur plus grande étendue, qui est verticale, mesure celle du détroit guttural; leur face interne, qui est libre entre les piliers du voile du palais, un peu saillante dans l'isthme du gosier, est recouverte par la membrane muqueuse buccale, percée de plusieurs ouvertures dirigées en bas, qui conduisent dans les lacunes amygdaliennes; leur face externe est adhérente au muscle constricteur supérieur du pharynx, séparée des gros vaisseaux du cou et des nerfs nombreux par ce même muscle et un peu de tissu cellulaire; le côté antérieur est en rapport avec le muscle glosso-staphylin (pilier antérieur), et le côté postérieur avec le muscle pharyngo-staphylin (pilier postérieur). L'extrémité inférieure, qui représente la partie la plus petite de l'ovoïde, répond à la langue; l'extrémité supérieure, qui est la plus grosse, à l'union des piliers. Le tissu des amygdales est mou, et présente une teinte grisâtre plus ou moins rosée; la membrane muqueuse qui forme leur face interne est plus rouge que celle des autres parties de la bouche. Les amygdales sont formées de lobes distincts, tantôt continus, tantôt séparés les uns des autres. Examinées par leur face interne, elles présentent des ouvertures qui conduisent dans les lacunes de la membrane muqueuse communiquant entre elles de manière à former des aréoles, dont les parois sont formées par cette membrane; si on les considère par leur face externe après que le tissu cellulaire a été enlevé, on trouve un amas de follicules dont les orifices aboutissent dans les lacunes de la membrane; en sorte que ces organes ne consistent qu'en un renforcement de la membrane muqueuse, ou en un amas de lacunes et de follicules muqueux. Les artères des amygdales sont nombreuses; elles viennent des palatine et pharyngienne inférieure; les veines se rendent dans le plexus veineux pharyngien; les vaisseaux lymphatiques se terminent dans les ganglions jugulaires supérieurs; leurs nerfs émanent du pharyngo-glossien et du ganglion cervical supérieur du grand-sympathique. Quelques anatomistes prétendent que les nerfs lingual et

hypoglosse envoient des filets à ces organes; M. *Blandin* dit ne les avoir jamais rencontrés : au reste, ces filets nerveux forment un petit plexus que l'on a nommé *circulus tonsillaris.*

L'usage des amygdales est de sécréter un mucus demi-transparent, visqueux, filant, qu'on peut faire sortir par la pression, destiné à faciliter le passage du bol alimentaire à travers l'isthme du gosier ; aussi l'excrétion est-elle augmentée pendant le second temps de la déglutition par la pression extérieure exercée contre ces corps glanduleux, par le muscle constricteur supérieur du pharynx et le bol alimentaire.

Causes.

Les causes sont prédisposantes et déterminantes. Parmi les premières, on range la jeunesse, l'âge adulte, le sexe féminin, un tempérament sanguin ou lymphatique, l'humidité froide des saisons et des climats; les changemens brusques de température, comme au printemps et à l'automne ; l'omission d'une saignée habituelle, la suppression des menstrues ou du flux hémorrhoïdal ; enfin les personnes qui ont été atteintes d'amygdalites sont plus disposées à la contracter, tant est grande sa tendance pour la récidive. Quant aux secondes, ce sont : l'exercice à pied ou à cheval contre la direction des vents, les cris forcés, le chant, la déclamation en plein air, un corps étranger fixé dans l'amygdale, l'inspiration de vapeurs irritantes, l'usage long-temps prolongé d'alimens échauffans, de liqueurs alcoholiques, du mercure; l'ingestion de substances âcres et irritantes, la déglutition de boissons froides le corps étant échauffé; la suppression de la sueur ou de la transpiration insensible par le passage subit du chaud au froid; le refroidissement des pieds, du cou, de la tête (je connais une personne qui est atteinte d'amygdalite toutes les fois que ses cheveux sont coupés trop courts); les métastases de maladies aiguës; la rétrocession d'exanthèmes, tels que dartres, variole, rougeole, scarlatine. Enfin, il existe des individus chez lesquels on ne peut deviner la cause qui a produit la maladie.

Symptômes.

L'invasion de l'amygdalite est quelquefois précédée d'un frisson violent, comme au début des fièvres d'accès. Ce frisson, ordinairement de courte durée, est bientôt remplacé par une chaleur vive de tout le corps, une céphalalgie, une soif assez vive, et quelquefois des nausées. Ces prodromes, qui existent dans quelques maladies, n'indiquent pas encore quel est l'organe qui va devenir le siége des phénomènes morbides; mais les symptômes suivans ne laisseront plus de doute sur le siége de la maladie : ce sont d'abord la sécheresse de l'arrière-bouche, la difficulté d'avaler, et la sensation d'un corps étranger dans la gorge; la douleur de la partie, d'abord peu vive, prend en fort peu de temps plus d'intensité; bientôt il survient une chaleur fort incommode, et un besoin continuel d'exercer la déglutition. Peu à peu ces symptômes s'accroissent, la déglutition devient de plus en plus difficile, douloureuse, au point de donner lieu à des contorsions : dans certains cas même, elle est impossible; le malade crache avec peine des mucosités visqueuses et filantes, qu'il détache avec difficulté du fond de la gorge : leur sortie est ordinairement suivie de soulagement; mais bientôt leur reproduction vient encore réveiller les douleurs du malade lorsqu'il veut les rejeter au-dehors. La voix est obscurcie, l'articulation des sons est difficile, nasonnée, douloureuse, et quelquefois même impossible; alors le malade se fait comprendre soit par signes, soit en écrivant. Lorsque le gonflement des amygdales est considérable, la respiration peut être très-gênée, surtout lorsque l'accumulation de mucosités diminue encore l'étroitesse du passage de l'air; ordinairement ces glandes font saillie à l'extérieur, et forment au-dessous de l'angle de la mâchoire deux tumeurs arrondies très-dures et très-sensibles à la pression; le cou lui-même peut participer à l'inflammation; alors les tégumens offrent une teinte rosée. A ces signes extérieurs s'en joignent d'autres tirés de l'examen des parties affectées; en effet, la mâchoire inférieure étant

abaissée, la bouche ouverte, la langue déprimée au moyen du doigt, d'une spatule ou du manche d'une cuiller, on voit les amygdales former une tumeur plus ou moins considérable, dépasser le niveau des piliers du voile du palais, qu'elles refoulent en tous sens, ne plus laisser entre elles qu'un étroit passage, que la luette, pendante et enflammée, vient encore rétrécir. La membrane muqueuse participe toujours à leur inflammation ; elle est d'un rouge obscur, vineux, sèche au début de la maladie; recouverte plus tard soit de mucosités blanchâtres, membraniformes, soit de petites concrétions caséiformes jaunâtres, d'une odeur fétide, et qui paraissent être le produit de leur sécrétion altérée.

Il est rare que l'inflammation reste bornée au tissu des amygdales et à la membrane muqueuse qui les revêt; presque toujours elle envahit les parties supérieures des voies aériennes, le pharynx, se porte de là vers la trompe d'*Eustache*, détermine dans ce conduit et jusque dans l'oreille moyenne une douleur vive, une sorte de crépitation très-incommode et une surdité plus ou moins complète. Lorsque l'inflammation est bornée à une seule amygdale, le gonflement n'existe que d'un seul côté ; la luette, pendante, se porte de ce côté, et les malades, dans les mouvemens de déglutition, inclinent ordinairement la tête du côté enflammé. Il arrive quelquefois que l'amygdalite est portée à un si haut degré et détermine des douleurs si vives dans l'abaissement de la mâchoire inférieure, qu'il devient impossible de s'assurer par la vue de l'état des parties. Dans ce cas, on doit se contenter d'introduire dans la bouche le doigt indicateur, de le porter jusque sur les amygdales, et de reconnaître par le toucher leur gonflement et leur densité.

Tels sont les phénomènes locaux de l'amygdalite. Des symptômes généraux s'ajoutent presque toujours à ceux que je viens de décrire. Tantôt ces symptômes consistent dans la chaleur et la moiteur de la peau ; coloration vive de la face; céphalalgie, insomnie ou rêvasserie continuelle ; soif assez forte ; langue recouverte d'un enduit jaunâtre ou blanchâtre, avec rougeur à sa pointe ou au pourtour; épigastre

sensible à la pression, brûlant; nausées continuelles; perte d'appétit; pouls petit et fréquent : ces symptômes annoncent que la membrane muqueuse gastro-intestinale est enflammée, qu'il existe, en un mot, une gastro-entérite compliquant l'amygdalite. D'autres fois il existe un état morbide assez semblable en apparence à celui dont je viens de parler, et qui consiste dans les phénomènes suivans : empâtement de la bouche; langue recouverte d'un enduit blanchâtre; goût désagréable; fétidité de l'haleine; soif peu vive, et fréquentes envies de vomir. Cet état, que l'on rencontre assez souvent dans la pratique, pourrait en imposer au praticien, et faire croire à l'existence d'une phlegmasie gastrique; mais il n'en est rien; ces symptômes sont purement locaux : il paraît, en effet, que cet empâtement de la bouche, cette fétidité de l'haleine, ce goût désagréable, dépendent de l'altération du mucus de la cavité buccale, altération qui est produite par l'inflammation de cette partie, et les nausées sont provoquées par l'inflammation de la luette et par son contact sur la base de la langue. Ce qui prouve bien, dans le cas qui nous occupe, que l'irritation gastrique est étrangère à la production de ces symptômes, c'est en général l'absence de la fréquence du pouls, de la chaleur anormale de la peau, et du creux de l'estomac en particulier, de sensibilité à la pression de cette même partie, et de la soif; si les nausées aussi fréquentes dépendaient d'une irritation de l'estomac, elles seraient assurément accompagnées des symptômes dont nous avons signalé l'absence.

Marche, durée et terminaisons.

Tous ces symptômes, tant locaux que généraux, parcourent leurs périodes d'accroissement et de déclin d'une manière en général assez rapide. La maladie ne dure guère plus de six à dix jours; elle se prolonge rarement au-delà du quinzième, et ce n'est que lorsqu'elle passe à l'état chronique qu'on la voit se prolonger au-delà du vingtième, et durer indéfiniment. Elle se termine par résolution, suppuration, induration, gangrène et métastase. La terminaison par ré-

solution est la plus ordinaire et la plus heureuse : on l'observe lorsque l'inflammation a été modérée, ou que l'art a dirigé avec succès les efforts de la nature. Dans ce cas, la douleur, la chaleur et la tuméfaction diminuent graduellement et cessent bientôt; la déglutition devient plus facile; la respiration, si elle avait été gênée, est plus libre; un mucus jaunâtre, opaque d'abord, ensuite clair et filant, est rendu par le malade. Quelquefois on observe la diminution et la cessation des symptômes après une sueur générale, une excrétion d'urine très-abondante et sédimenteuse, ou une hémorrhagie : cette terminaison peut avoir lieu depuis le cinquième jusqu'au septième jour de la maladie, mais elle s'observe quelquefois passé cette époque.

Lorsque le sujet est vigoureux, d'un tempérament sanguin, que l'inflammation a été très-vive, et que, malgré l'emploi des moyens les plus énergiques, tels que saignées générales et locales, méthode perturbatrice, on n'a pu enrayer la marche de la maladie, on voit la tuméfaction des amygdales augmenter rapidement; la douleur, qui d'abord avait été vive et pulsative, devenir sourde et gravative; la gêne de la déglutition et de la respiration devenir de plus en plus difficile; de légers frissons alterner avec des sueurs qui ont lieu vers les paumes des mains; enfin, si le doigt porté dans la bouche jusque sur les amygdales rencontre une tumeur volumineuse, ramollie, présentant de la fluctuation, preuve matérielle de l'existence du pus et de sa réunion en foyer, il n'y a plus de doute à conserver; la maladie s'est terminée par suppuration. On en conservera bien moins encore si l'abcès, comme cela est arrivé quelquefois, au lieu de se diriger vers l'intérieur de la bouche, se porte au dehors, et vient faire une tumeur à la surface extérieure du cou, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire.

L'amygdalite ne s'étant pas terminée ni par résolution, ni par suppuration, il arrive parfois que les phénomènes généraux se dissipent peu à peu, la douleur assez vive que le malade éprouvait lors de la déglutition se calme par degrés, la parole n'éprouve plus qu'une légère altération, la respiration et la déglutition sont à peine gênées,

mais les tonsilles restent tuméfiées, dures, indolentes ; si cet état se prolonge au-delà du vingtième jour, il est à craindre que la terminaison par induration n'ait lieu.

La terminaison par gangrène est heureusement fort rare, et entraîne parfois la perte du sujet. On l'observe dans les cas où l'inflammation a été portée au plus haut degré, ou lorsque le malade, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, n'a suivi aucun traitement rationnel, et s'est livré au contraire à l'usage des boissons spiritueuses ; alors la douleur, qui pendant quelque temps avait été très-vive, cesse tout à coup ; la respiration et la déglutition deviennent plus faciles, le pouls perd de sa fréquence, devient petit et inégal ; la face se décolore, les traits se décomposent, le corps et les extrémités sont froids et couverts de sueurs visqueuses ; l'haleine du malade exhale une odeur infecte ; si on lui fait ouvrir la bouche et qu'on déprime la langue, on voit que les organes qui étaient enflammés sont livides, pâles, blanchâtres, comme racornis. Si le malade ne succombe point à cette époque, et doit au contraire résister à ces accidens, on voit bientôt les escharres gangréneuses se détacher des amygdales et du voile du palais, et produire des ulcérations dont la cicatrisation difficile se fait long-temps attendre.

Il existe une cinquième et dernière terminaison de l'amygdalite ; c'est la métastase. L'inflammation semble alors quitter les parties qu'elle occupait pour se porter tout à coup sur d'autres viscères ; c'est ordinairement l'organe pulmonaire qui devient le siége des nouveaux phénomènes morbides, sans qu'on puisse trop expliquer la funeste prédilection qu'affecte la métastase dans ce cas. Au reste, cette remarque n'avait point échappé au père de la médecine, puisqu'il dit : *Quibus ex anginâ liberatis ad pulmonem mali fit conversio, intra dies septem moriuntur; si verò hos effugerint, purulenti evadunt.* Cette sentence d'*Hippocrate* se trouve confirmée par plusieurs observations que *Recolin* a publiées dans le quatrième volume des *Mémoires de l'Academie de Chirurgie;* mais ce praticien attribue la plupart de ces

métastases à l'emploi de la saignée du pied et des gargarismes astringens.

J'ai souvent vu, dit *Van-Swiéten* au commentaire sur l'aphorisme 809 *de Boërhaave*, que la douleur de l'angine disparaissant, le poumon s'embarrassait quelquefois avec un point de côté; plusieurs sont morts au troisième, quatrième ou cinquième jour; très-peu se sont sauvés avec beaucoup de peine parmi ceux que j'ai traités, quoique j'eusse employé très-promptement les remèdes les plus efficaces.

Prognostic.

Le prognostic de l'amygdalite est relatif au degré et à l'étendue de l'inflammation, à l'intensité des symptômes, à la complication d'une autre maladie; en général, plus l'amygdalite est simple et l'inflammation bornée, plus on doit attendre une solution heureuse; la métastase n'est d'un fâcheux augure qu'autant qu'elle a lieu sur un organe essentiel à la vie. La gangrène, pouvant entraîner quelquefois la perte du sujet, doit donner plus de gravité au prognostic. On doit regarder comme salutaire l'apparition d'un certain gonflement au cou. *Hippocrate* a dit : *Ab anginâ detento tumorem fieri in collo bonum, foris enim morbus vertitur.* Une hémorrhagie nasale, utérine, un flux hémorrhoïdal, des urines abondantes et sédimenteuses, enfin une sueur générale, doivent être considérés comme d'un heureux présage; ils indiquent souvent la solution de la maladie.

Traitement.

Lorsque l'amygdalite est peu considérable, qu'elle se borne à une seule glande, qu'elle est exempte de complications, et que la déglutition n'est pas gênée, on peut en obtenir la cure à l'aide de moyens fort simples. On tâchera d'abord de découvrir la cause que l'on présume avoir pu produire la maladie, on fera suivre un régime fondé sur les règles de l'hygiène, on prescrira en même temps des garga-

rismes de décoction d'orge, de racine de guimauve, de lait tiède sucré, la vapeur d'eau de mauve dirigée vers la gorge, des boissons douces, mucilagineuses et peu sucrées, ou légèrement acides, si elles ne provoquent pas la toux ; des tisanes laxatives, telles que les bouillons aux herbes, la décoction de casse et de tamarin, les lavemens légèrement laxatifs, enfin des pédiluves sinapisés : mais si l'inflammation est vive, le gonflement considérable, la déglutition et la respiration difficiles; si le sujet est vigoureux, d'un tempérament sanguin, a le visage animé, les yeux très-injectés, le pouls dur et fréquent, aux moyens indiqués ci-dessus on devra joindre la diète absolue, l'emploi de larges saignées du bras; des sangsues nombreuses seront placées autour du cou, et on aura soin d'entretenir l'écoulement des piqûres au moyen de lotions d'eau tiède souvent renouvelées, et ensuite d'un cataplasme de mie de pain. Lorsque l'écoulement sera ralenti et sur le point de s'arrêter, on retirera de grands avantages des bains de pieds sinapisés aussi chauds que le malade pourra les supporter. On devra continuer l'emploi des saignées générales et locales tant que les symptômes n'auront rien perdu de leur intensité; si le sujet est faible, au lieu de saignées du bras, qui agissent sur toute l'économie, on aura recours de préférence aux saignées locales faites au moyen de sangsues. Cependant, je dois le dire, l'application de sangsues n'est pas sans inconvéniens; souvent elles augmentent la congestion locale chez certaines personnes, chez les femmes surtout; chez ces dernières elles laissent, en outre, sur le cou des cicatrices indélébiles qui les déparent. Aussi est-il préférable chez elles d'avoir recours aux saignées générales, ou d'appliquer les sangsues aux cuisses, ou au siége, et d'insister en même temps sur les autres moyens, tant locaux que révulsifs.

Quelques praticiens ont conseillé et même employé l'application immédiate de deux à quatre sangsues sur les tonsilles. Pour éviter que le malade n'avale ces annélides, on les transperce à l'extrémité caudale chacune d'un fil, dont les bouts sont retenus au dehors; ensuite on les engage dans un petit tube de verre, que l'on porte

jusqu'à l'endroit où on veut les faire prendre, et on les pousse avec un petit piston en bois ; ce moyen répugne en général au malade ; il est d'un emploi assez difficile, et les mouvemens d'oscillation de ces animaux sur la base de la langue déterminent de fréquentes envies de vomir, et quelquefois même des vomissemens. Je pense que les avantages qu'on en retire ne sont pas assez grands pour contre-balancer les inconvéniens. On dit cependant qu'une sangsue appliquée sur l'amygdale produit autant d'effet que dix à douze placées à l'extérieur. J'ai employé deux fois ce moyen sur moi-même, le peu de soulagement que j'en ai obtenu ne me permet pas d'en préconiser l'emploi ; je dirai même que le dégoût et l'impatience qu'on éprouve souvent lors de l'application sont capables de produire plus de mal que d'apporter de soulagement.

Il est un dernier moyen que les anciens médecins ont vanté, et dont les effets sont ordinairement très-prompts ; je veux parler de l'administration d'un émétique : on devra y avoir recours chaque fois que l'inflammation de l'amygdale ne sera accompagnée d'aucun symptôme général, lorsque le pouls est calme, la chaleur de la peau naturelle, l'épigastre insensible à la pression, la soif peu vive, et qu'en même temps il existe cet empâtement de la bouche, cette fétidité de l'haleine, ces nausées fréquentes dont j'ai déjà parlé : dès le jour même ou le lendemain au plus tard, tous les symptômes ont disparu. Tourmenté souvent par une amygdalite, j'ai employé les saignées générales et locales, les boissons émollientes, mucilagineuses, les gargarismes de même nature, les pédiluves sinapisés, et jamais ces moyens ne m'ont procuré de soulagement aussi prompt que l'émétique. Je l'ai pris deux fois, et chaque fois j'étais guéri huit heures après son administration. Je ne balancerais pas d'y avoir recours, si j'étais encore atteint de cette maladie. En général, l'amygdalite cède promptement à ces divers moyens, lorsqu'ils sont employés de bonne heure. Cependant il arrive qu'ils sont sans effet ; quand cela a lieu, on doit être à peu près certain que l'inflammation se terminera par suppuration ; alors on doit surveiller avec soin l'état de la tumeur,

afin d'en faire l'ouverture aussitôt qu'on y sentira la fluctuation; souvent l'abcès s'ouvre lui-même, et le malade, qui peu auparavant souffrait beaucoup, se lamentait sur son sort, se trouve tout à coup soulagé. Mais il arrive fréquemment que l'art doit venir au secours de la nature pour provoquer l'évacuation de la collection purulente; dans ce cas, si la tumeur fait saillie dans l'intérieur de la bouche, on fait placer le malade sur une chaise un peu basse, en face d'une croisée éclairée; un aide, placé derrière lui, renverse la tête du malade en l'appuyant contre sa poitrine; l'opérateur, placé devant le patient, fait ouvrir largement la bouche, déprime la base de la langue avec l'indicateur de la main opposée à celle qui opère, puis tenant de la main droite, si l'abcès est à gauche, et de la gauche, si l'abcès est à droite, un bistouri long, étroit, pointu, garni de linge jusqu'à six lignes de sa pointe, ou le pharyngotome de *Petit*, le porte horizontalement jusqu'au lieu le plus déclive, y plonge la pointe à la profondeur de deux lignes environ, et le retire aussitôt; le pus s'écoule à l'instant, remplit le pharynx. La tumeur, comme dans le cas où l'abcès s'est ouvert spontanément, s'affaisse promptement, et il ne reste plus, pour terminer la cure, qu'à faire usage de gargarismes avec le miel rosat et un peu de vinaigre; plus tard, on les rend astringens en les composant avec des infusions de pétales de roses, d'écorces de grenadier, de feuilles de noyer, auxquelles on ajoute quelquefois quelques grains de sulfate de potasse et d'alumine, de zinc; après six ou huit jours de l'emploi de ces moyens, il est rare que la guérison ne soit pas obtenue.

Quand l'inflammation s'est terminée par gangrène, on doit remplacer la médication émolliente et relâchante par l'usage des remèdes excitans; on fera gargariser la bouche avec la décoction de quinquina acidulée avec l'acide sulfurique étendu d'eau, ou bien aiguisée par l'alcohol, le camphre et l'hydrochlorate d'ammoniaque; on administrera avec avantage intérieurement les décoctions de quinquina, de serpentaire de Virginie, la cannelle, le camphre, le vin et l'acide sulfurique très-étendu; et lorsque l'escharre viendra à se détacher,

on aura soin de modifier convenablement ce traitement, suivant l'aspect de la plaie qui résultera de sa chute; si elle est d'un rouge vermeil, on mettra en usage les gargarismes émolliens et mucilagineux; si au contraire elle présente un aspect livide, il faudra insister sur les remèdes indiqués plus haut. La terminaison par métastase étant toujours très-dangereuse lorsqu'elle a lieu sur un organe important de l'économie, on devra faire tous ses efforts pour rappeler l'inflammation à son siége primitif; dans cette intention, on appliquera des rubéfians autour du cou, en même temps qu'on emploiera les moyens convenables pour guérir l'organe devenu le siége de la métastase.

J'ai dit que l'amygdalite se terminait quelquefois par induration ou passait à l'état chronique : cet état, quoique peu douloureux, ne laisse pas que d'avoir beaucoup d'inconvéniens pour les malades. A chaque écart de régime par le moindre changement de température, ils sont menacés ou pris d'une inflammation toujours très-douloureuse, fort gênante, et qui ajoute encore au gonflement que les inflammations antérieures avaient déjà laissé après elles. Pendant quelque temps on peut encore dissiper ces engorgemens par des applications répétées de sangsues, des gargarismes émolliens et astringens, l'emploi de révulsifs sur le tube digestif; mais il arrive une époque où les amygdales ont acquis un tel volume, qu'elles se touchent, ferment en grande partie l'isthme du gosier, soulèvent le voile du palais, et rétrécissent le pharynx; alors la respiration et la déglutition deviennent difficiles. Pendant l'acte de la déglutition, il n'est pas rare de voir les boissons et les alimens un peu liquides refluer par les fosses nasales; la prononciation est très-gênée, la voix devient sourde et nasonnée; on dirait que le malade, lorsqu'il parle, a toujours des alimens dans la bouche. Lorsque la maladie est parvenue à ce terme, il n'y a plus d'espoir de guérison que dans une opération chirurgicale. Différens procédés ont été proposés pour la pratiquer, ce sont : la cautérisation, employée par *Marc-Aurèle Severin*, *Wisemann* et *Heister*; l'incision, l'arrachement que *Celse* avait proposé, et que *Fabrice d'Aquapendente* a justement blâmé; la ligature, qui a trouvé de nombreux

partisans, parmi lesquels on compte *Guillemeau*, *Heister*, *Wisemann*, *Sharp* et *Moscati*. Mais tous ces procédés étant tombés avec juste raison en désuétude, j'ai cru devoir me borner à leur simple énumération, me réservant d'entrer dans de plus grands détails en parlant de l'excision des amygdales, la seule opération rationnelle qui convienne dans le cas qui nous occupe.

L'excision est l'ablation partielle ou amputation des amygdales, et ne doit pas être confondue avec l'extirpation, cette dernière opération étant d'une exécution très-difficile, et exposant à blesser l'artère carotide, qui n'est séparée de la glande que par une toile musculaire très-mince et un peu de tissu cellulaire : je pense qu'à moins d'une très-grande habileté on ne doit jamais y avoir recours. Diverses modifications ont été apportées à la manière de pratiquer l'excision : les unes dépendent de l'espèce d'instrumens mis en usage ; ainsi, *Celse* conseillait une airigne et un scalpel, *Paul d'Egine* employait l'airigne simple et un bistouri dont la courbure répondait à la convexité de la langue : il en avait un pour chaque côté. *Wisemann* supprima l'airigne, et voulut qu'on pratiquât la ligature de la moitié interne de la glande, et qu'on se servît ensuite de fil pour attirer celle-ci au-dehors pour en faire la section. *Maurin* proposa les ciseaux concaves de *Levret*. *Caqué* de Reims se servait d'un bistouri dont la lame, longue de quatre pouces, était recourbée dans le sens de la longueur, émoussée à son extrémité, dépourvue de tranchant à une ligne de cette extrémité. *Museux*, confrère de *Caqué* à Reims, proposa la pince à airigne : cet instrument saisit et maintient très-bien l'amygdale, mais il lâche difficilement prise lorsque le malade est pris pendant l'opération de toux et de vomissemens, qui forcent de la suspendre momentanément. *Sabatier* employait un bistouri ordinaire, long et boutonné; *Desault* son kyotôme; enfin M. *Marjolin* a imaginé l'airigne à repoussoir, qui, comme l'instrument de *Museux*, saisit très-bien la glande, et a sur lui l'avantage de lâcher prise très-facilement. Quant aux modifications apportées à la manœuvre particulière, *Moscati* suivait deux procédés : dans le premier il coupait l'amygdale d'un seul

temps, en portant l'instrument de haut en bas; mais bientôt il reconnut le vice inhérent à cette manière de faire. Chez une religieuse qu'il opérait, la toux et les vomissemens l'ayant forcé de suspendre son opération, le lambeau, au deux tiers coupé, tomba sur l'ouverture de la glotte, et la malade faillit suffoquer. Dans un second procédé, *Moscati* fendit crucialement la glande, interposa dans les incisions quelques filamens de charpie; quatre jours après il retrancha chaque lambeau séparément : ce dernier procédé a été justement blâmé par *Maurin*. *Louis* conseilla de pratiquer l'excision de bas en haut, afin d'éviter l'accident arrivé à *Moscati*. *Sabatier* faisait cette opération tantôt en portant l'instrument de haut en bas, tantôt de bas en haut. Quelques chirurgiens ont donné le conseil de faire l'excision en deux temps; dans le premier on coupe de bas en haut les deux tiers de l'amygdale; dans le second temps on achève la section en portant l'instrument de haut en bas.

M. *Richerand* a blâmé avec raison ce procédé, à cause de sa longueur et de la difficulté qu'on éprouve à retourner l'instrument dans le fond d'une cavité obscure dont les parois sont en mouvement, et revient au premier procédé de *Moscati*. M. *Dupuytren* emploie celui de *Louis*. Au reste, quel que soit le procédé que l'on mette en usage, soit celui de *Moscati*, soit celui de *Louis*, voici la manière de pratiquer l'opération. Si le sujet est un adulte, on le fait placer comme je l'ai dit en parlant de l'ouverture des abcès amygdalins; si, au contraire, il est en bas âge, on lui enveloppe le corps et les extrémités supérieures dans un drap, et on le fait asseoir sur les genoux d'un aide; alors l'opérateur, placé devant lui, après avoir fait ouvrir largement la bouche, déprimer la base de la langue par un autre aide, prend de la main gauche, s'il opère à gauche, et *vice versâ* pour la droite, l'airigne à repousser de M. *Marjolin*, ou l'instrument de *Museux*, accroche en arrière l'organe malade, l'attire doucement en avant et en dedans, tandis que de la main droite il porte l'instrument tranchant, soit en bas, soit en haut, d'un seul coup retranche la portion de l'amygdale qui excède les piliers du voile du palais, et retire en même temps le bistouri

et l'airigne, entraînant avec cette dernière la portion retranchée; si les deux amygdales sont tuméfiées à la fois, après la section de l'une d'elles, on porte l'instrument sur l'autre.

La quantité de sang qui s'écoule après l'opération est ordinairement peu considérable; cependant il arrive que les petits vaisseaux qui abreuvent les tonsilles prennent plus de développement, et peuvent fournir une assez grande quantité de sang. Si cet écoulement était très-considérable et que le malade en conçût quelques inquiétudes, on pourrait arrêter l'hémorrhagie par l'usage d'un gargarisme astringent, ou, plus efficacement encore, en touchant la plaie avec un pinceau trempé dans l'acide sulfurique étendu. Au reste, cet écoulement, au lieu d'être dangereux, est au contraire très-salutaire; par le dégorgement qu'il opère, il rend l'inflammation consécutive moins violente. La douleur qui accompagne l'opération est peu vive et facilement supportable; c'est plutôt une gêne qu'une véritable douleur. Des nausées et des vomissemens qui surviennent, lorsque l'on veut pratiquer l'excision, forcent quelquefois l'opérateur à la remettre à un autre moment; dans cette occurrence, il devra engager le malade à porter fréquemment dans la gorge le doigt ou tout autre corps, afin d'habituer cette partie au contact des instrumens.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, le malade gardera la chambre, se tiendra chaudement et s'entourera le cou d'un cataplasme ou d'une cravate chaude; il devra se gargariser de temps à autre avec des liquides émolliens, s'abstenir d'alimens consistans, et ne faire usage que de bouillies ou de crêmes de riz très-légères, afin de modérer l'inflammation qui survient toujours après la résection des amygdales. Au bout de huit à dix jours, la plaie est ordinairement cicatrisée.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* Pariset).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Impura corpora quò magis nutriveris, eò magis lædes. *Sect.* 2, *aph.* 10.

III.

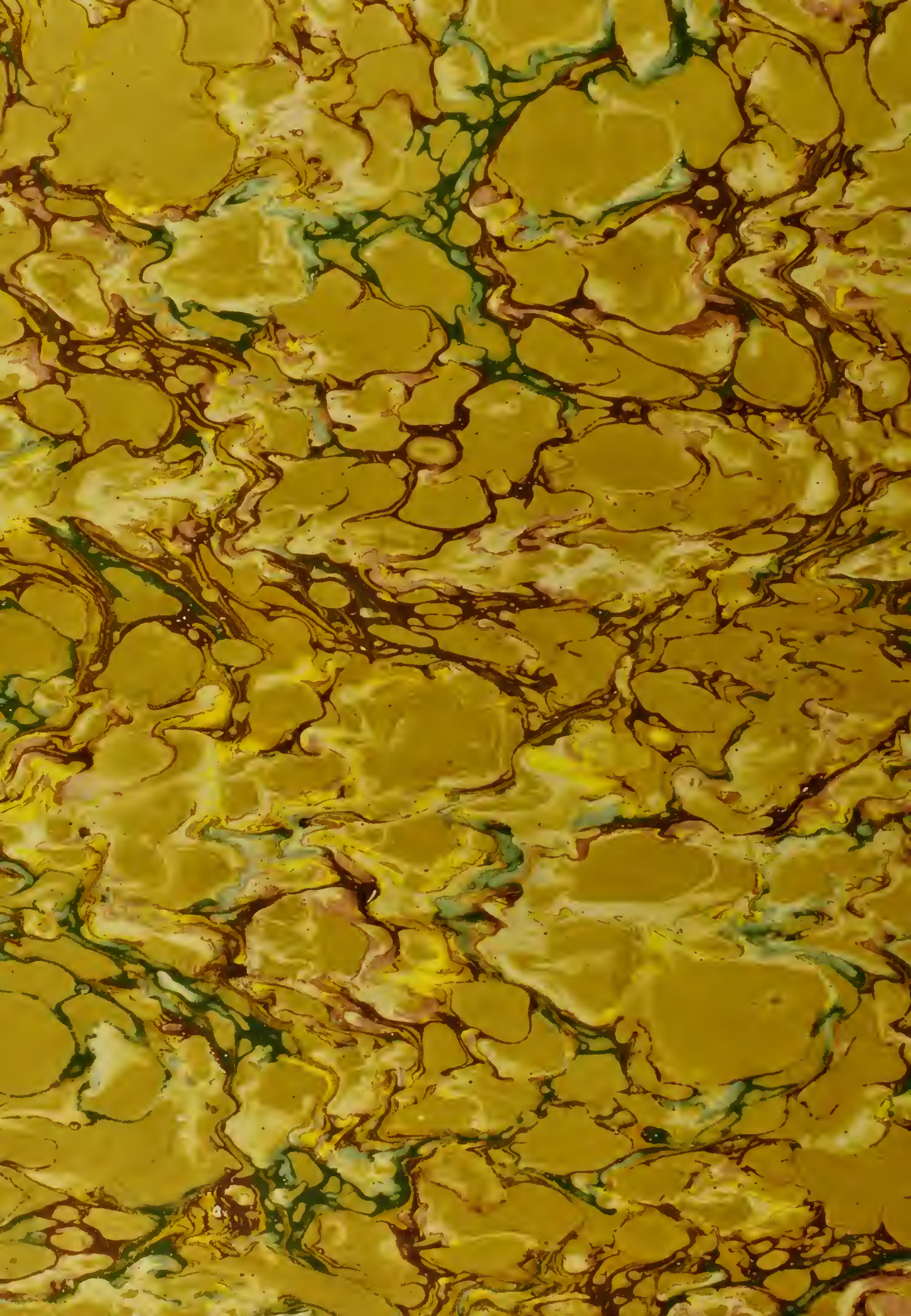
A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

IV.

Apoplectici autem fiunt maximè ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

V.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea incurabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

VI.

Quibus anginam effugientibus ad pulmonem vertitur, in septem diebus moriuntur; si verò hos effugerint, suppurati fiunt. *Sect.* 5, *aph.* 10.